

Epidemiología

EPIDEMIOLOGIA

Como hemos comentado con anterioridad, en un análisis a primera vista parece que éste es un deporte donde las lesiones son poco frecuentes, dado que se realiza dando un paseo por un jardín bien cuidado en contacto con la naturaleza y en compañía de unos amigos, como dijo Mark Twain al definir el golf: "el golf es un hermoso paseo arruinado por una minúscula pelotita blanca".

Pero nada más lejos de la realidad, algunos estudios llevados a cabo sobre una población importante de jugadores amateurs, como el realizado por McCarroll et al en 1990 sobre una población de 1144 jugadores de golf amateur de Indianápolis, mostraba una prevalencia de lesión del 62%, afectándose por igual tanto los hombres como las mujeres. Además, los jugadores que tenían un handicap más bajo (1 al 9) y con edades mayores a los 50 años mostraban una prevalencia superior.

Los estudios de Batt (1992) sobre una población de 193 jugadores aficionados, miembros del Royal Worlington and Newmarket Golf Club, mostraba que un 32% de los practicantes en ese momento de golf sufrían una lesión vinculada al mismo. Algo inferiores son las cifras publicadas por Thériault et al (1996) sobre una población de 600 jugadores de golf, con una actividad regular desde hacía 3 años o más, que mostraban una incidencia del 25,2% (23,3% en los varones y 29% en las mujeres).

Los trabajos realizados sobre una población de 226 practicantes profesionales, con una experiencia de más de 15 años como son los realizados por McCarroll y Gioe en 1982 mostraban una

prevalencia del 88,5%. Esta incidencia más alta en el profesional se explicaría por el gran número de horas de práctica deportiva que suelen realizar para mejorar su juego, que por término medio es de 10 h. diarias 6 días a la semana y con una temporada que suele durar unos 10 meses al año.

La distribución por segmentos corporales de las lesiones muestra una serie de matizaciones que creo hay que tener presente. Así, en el caso del jugador amateur parece que el lugar más afectado es la espalda, seguido del codo, mano, muñeca, hombro y rodilla, según nos muestran los trabajos de McCarroll de 1990 (sobre una población de 4036 jugadores aficionados). Otro estudio previo realizado por Jobe y Yocum en 1988 sobre 412 jugadores aficionados, también apunta a la espalda como el lugar más frecuente de lesión, seguido del hombro, codo y rodilla.

La causa de estas lesiones en este grupo de población amateur cabría buscarlo en el excesivo número de horas de práctica para intentar perfeccionar su técnica y en la deficiente ejecución del swing.

En el jugador profesional la mayor incidencia recaería sobre la muñeca, seguido de las lesiones de la espalda, mano, hombro, rodilla y dedo pulgar izquierdos (McCarroll y Gioe 1982), siendo las lesiones por sobrecarga la primera causa de lesión (68%), seguido de las lesiones agudas por contacto con otros objetos.

En la tabla I se realiza un resumen comparativo entre las diferentes causas principales de lesión, tanto en el jugador profesional como en el aficionado, y su in-

TABLA I.- CAUSAS PRINCIPALES DE LESIÓN ENTRE LOS GOLFISTAS					
JUGADOR					
	SOBRECARGA	ERRORES TÉCNICOS	SIN CALENTAMIENTO PREVIO	GOLPE CON BOLA O EL PALO	OTROS
PROFESIONAL					
McCarroll 1996	79,9 %	17,2 %	0,0%	0,01 %	0,02%
AMATEURS					
Batt 1992	25 %	39,6 %	6,25%		
Thériault 1996	20 %	77 %			3%
McCaroll 1996	28,9 %	62,7%	8,3%	5%	0,06%

cidencia en % del global de lesiones observadas. De ello se desprende que la primera causa de lesión en el deportista amateur es el error en la ejecución del swing, mientras que en el jugador profesional la primera causa es la lesión por sobrecarga.

Como hemos visto en el transcurso de la exposición se desmitifica un poco la gran incidencia que siempre se había dado a la epitrocleitis como una de las causas más frecuentes de lesión en el jugador de golf. Tanto era así que se había descrito a la epitrocleitis como el "codo del practicante de golf", con una máxima incidencia en el jugador aficionado. En contraposición a ello, vemos que la localización de las lesiones en los diferentes segmentos del cuerpo, tanto en el jugador aficionado como profesional, es muy similar, pero existen pequeños matices que vale la pena destacar. Así el jugador profesional desarrollaría menos lesiones en el codo pero sería más vulnerable a las afecciones de la muñeca y la mano que el jugador aficionado.

Otras causas que vale la pena destacar en este jugador aficionado son la falta de calentamiento previo al partido (sería necesario un calentamiento con ejercicios de estiramiento de todos los segmentos corporales con una duración mínima de 15 minutos) y el descuido de la condición física de base (trabajo muscular y de flexibilidad de los grupos implicados) que de corregirse podrían evitar algunas de las lesiones. También es importante indicar en este tipo de jugadores la necesidad de vigilar las condiciones climáticas del lugar donde se practica para evitar problemas de deshidratación y golpe de calor; así como una valoración de la orografía del campo, que pueden hacer variar las técnicas de ejecución de los golpes, etc.

En el trabajo de Thériault et al. de 1996, se hace una valoración de la población de jugadores aficionados y objetiva que los que más se lesionan son los jugadores que más horas por semana practican, que menor número de clases con un profesor cualificado han tomado y los que terminan más cansados el recorrido del

Epidemiología

campo. Es decir, los que muestran una menor condición física.

En líneas generales podemos decir que los tres segmentos anatómicos que con mayor frecuencia se ven afectados por una lesión en el jugador profesional serían la muñeca/mano, columna lumbar y hombro, mientras que en el jugador aficionado se afectarían la columna dorsolumbar, codo y muñeca/mano.

La distribución de lesiones en función del sexo es muy pareja entre hombre y mujer. Pero hay una excepción, que es la mayor tendencia de la mujer profesional a presentar una más alta incidencia de lesiones de la extremidad superior en comparación a la columna, que la mujer aficionada.

El hombre tanto profesional como aficionado, suele padecer una mayor incidencia de lesiones de columna que de extremidad superior. Esta diferente distribución de lesiones entre el hombre y la mujer parece residir en la mayor velocidad en la ejecución del swing y la mayor fuerza generada por los músculos rotadores del tronco en el downswing por parte del hombre. Además la mayor flexibilidad de la mujer en la musculatura del tronco sería un factor protector.

Tanto hombre y mujer diestros sufrirán una mayor incidencia de lesiones en el segmento superior izquierdo (hombro, codo muñeca y mano).

A la pregunta de ¿dónde asientan con mayor frecuencia las lesiones por sobrecarga? Parece que la máxima incidencia se produce en la extremidad superior, mientras que en la columna incidirían tanto lesiones por sobrecarga como lesiones agudas, siendo

su incidencia muy escasa en la extremidad inferior.

Los estudios de McCarroll muestran que el 45% de los jugadores aficionados y el 54% de los profesionales presenta algún tipo de dolor crónico, y que por término medio perderán 5 semanas al año de práctica deportiva por este motivo, no existiendo diferencia entre los sexos.

El tiempo necesario para la recuperación de una lesión que asienta en las extremidades superiores es mayor a 1 mes en el 75% de los casos, mientras que para las lesiones que se localizan en la columna o en las extremidades inferiores, más del 40% se resuelven dentro de este periodo de 1 mes.

